

厚生労働大臣が定める揭示事項

入院基本料に関する事項

- 1 当院では、厚生労働大臣が定める「一般病棟入院基本料（急性期病院A一般入院料）」の届出を行っています。
- 2 一般病棟については、1日あたり入院患者さん7人に対して1人以上の看護師と25人に対して1人の看護補助者が勤務しております。夜勤帯は各病棟3人以上の看護師が勤務しております。

DPC対象病院について

当院は、入院医療費の算定にあたり、包括評価と出来高評価を組み合わせで計算する「DPC対象病院」となっています。

●医療機関別係数： 1.5801
（基礎係数 1.0769＋機能評価係数Ⅰ 0.4183＋機能評価係数Ⅱ 0.0603＋救急補正係数 0.0246 2026年6月1日時点

明細書発行体制について

当院では、医療の透明化及び患者さんへの情報提供を推進していく観点から、領収書を発行する際に、個別の診療報酬の算定項目が分かる明細書を無料で発行しています。また、公費負担医療の受給者であって医療費の自己負担がない方についても、明細書を無料で発行しております。明細書には、使用した薬剤の名称や行われた検査の名称が記載されています。明細書の発行を希望しない方は、会計窓口までその旨お申し出ください。

保険外負担に関する事項について

保険外負担に係る費用については、別表1をご覧ください。

【評価療養、患者申出療養及び選定療養について】

病床が200床以上の病院について受けた初診・再診について

特定機能病院および一般病床200床以上の地域医療支援病院・紹介重点医療機関では、健康保険法第70条第3項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担および業務の連携の措置として、他の医療機関等からの紹介状なしに受診した場合は、初診時及び再診時に定額の選定療養費の徴収が責務となっており、保険診療とは別に下記料金のご負担をお願いしております。ただし、緊急その他やむを得ない事業がある場合と判断出来る場合はご負担いただくことはありません。

初診：7,700円(税込) 再診：3,300円(税込)

時間外選定療養費について

当院は三次救急医療機関であるため、救急診療については救急車および緊急性や重症度の高い患者さんの診療が優先されます。また、「時間外診療」とは異なりますので、症状が重篤でない場合などには平日の一般外来や近隣の一次救急医療機関の受診をお願いすることがあります。ご理解くださいますようお願い申し上げます。なお、時間外の診療に際しては、時間外選定療養費を負担していただきます。

時間外選定療養費：8,800円(税込)

※ただし、以下のご負担いただくことはありません。

- ・7歳未満の患者さんの場合
- ・救急車でご来院の場合
- ・他院から救急外来受診のための紹介状をご持参した場合
- ・当院で当日受診があり、症状増悪により時間外に再受診となった場合
- ・当院の医師が、緊急性があると判断した場合
- ・当院の医師から注射・処置等のため救急外来を受診するように予約された場合
- ・受診後、そのまま入院または他院へ転院となった場合

救急患者さんに安全で質の高い医療を提供するために、時間外選定療養費のご負担についてご理解いただくとともに、適正な時間外受診に何卒ご協力のほどお願いいたします。

入院期間が180日を超える入院について

入院期間が180日を超える入院に関して、患者さんご自身の選択により入院される場合は、次の料金の負担をお願いしております。

2,750円（1日につき）(税込)

入院医療に係る特別な療養環境の提供について

特別な療養環境に係る費用については、別表2をご覧ください。

後発医薬品のある先発医薬品(長期収載品)の選定療養について

2024年10月1日から後発医薬品のある先発医薬品(以下長期収載品)を患者さんが希望された場合、選定療養費として特別の料金をご負担いただきます。自己負担額については、長期収載品と後発医薬品内での最高価格との価格差の4分の1となり、この選定療養費の金額には別途10%

医薬品、医療機器及び再生医療等製品の治験について

「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」第2条第17項に規定する治験（医薬品・医療機器・再生医療等製品）を実施しております。ご希望される方は主治医までご相談ください。なお、治験に係る診療のうち、検査及び画像診断に係る費用については、保険外併用療養費の支給対象とはなりません。また、投薬及び注射に係る費用については、当該治験の被験薬の予定される効能又は効果と同様の効能又は効果を有する医薬品に係る診療については、保険外併用療養費の支給対象とはなりません。

当院において承認され現在行われている先進医療について

厚生労働大臣の定めにより、関東信越厚生局へ次の先進医療に係る届出を行っております。（非課税）

先進医療の名称	料金	承認年月日
アルゴンプラズマ高周波焼灼・凝固療法 切除が不可能な食道表在がん	267,495円	2026年4月1日

【地方厚生局長への届出事項】

施設基準に関する事項

当院は、別表3に掲げる施設基準の届出を行っている保険医療機関です。

入院時食事療養について

当院では、入院時食事療養（Ⅰ）の届出を行っており、管理栄養士又は栄養士によって管理された食事を適時（朝食8時、昼食12時、夕食18時）、適温で提供しています。

区分	負担額
(1) 一般の方	550円
(2) 指定難病・小児慢性特定疾患の患者の方	330円
(3) 住民税非課税の世帯に属する方(過去12ヶ月以内の入院日数が90日以内・低所得者Ⅱ)	270円
(4) 住民税非課税の世帯に属する方(過去12ヶ月以内の入院日数が90日超・低所得者Ⅱ)	220円
(5) (3)(4)のうち、所得が一定基準に満たない方など(低所得者Ⅰ)	130円

(注) (3)～(5)に該当する方は、加入されている医療保険の保険者が発行する減額認定証を提出してください。

2026年6月1日現在